

**Диагностирование смертельно опасных заболеваний /
Лечение смертельно опасных заболеваний**

Заявление на страховую выплату установленного образца	оригинал
Договор страхования	копия
Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность застрахованного лица	
Официальные медицинские заключения (выписной эпикриз или выписка из истории болезни стационарного больного, протокол описания операции (при необходимости), медицинская карта), содержащие точный диагноз, описывающие историю развития заболевания и подтверждающие факт и дату первичного диагностирования СОЗ. Направление на стационарное лечение	оригинал или копия, заверенная выдавшим медицинским учреждением или заверенная нотариально
Амбулаторная карта или выписка из амбулаторной карты из медицинских организаций по месту жительства (наблюдения), в которые Застрахованное лицо обращалось на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования	
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по форме 090/у.	
Результаты цитологических/гистологических исследований.	